

OBJETIVO 27

OPTIMIZAR LOS RECURSOS Y LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Para el año 2000 los sistemas sanitarios en los países miembros serán gestionados de forma coste-efectiva y siendo la distribución de recursos acorde a las necesidades.

Eduard Ribas

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya

Eduard Portella

Antares Consulting

1. GESTIÓN COSTE-EFECTIVA

Una gestión coste-efectiva de los servicios sanitarios implica, en última instancia, que los recursos económicos de que dispone el sistema nacional de salud, que son limitados, sirvan para producir el máximo resultado posible en términos de salud. Aunque es conocido por todos que obtener la máxima relación coste-efectividad en sanidad —en el más puro sentido de término— no es posible en la práctica, por ser fácilmente impopulares, socialmente hablando, los medios y los mecanismos que se requieren para conseguirlo, sí parece absolutamente necesario seguir avanzando en este sentido en los años venideros. No hay ninguna duda de que la sanidad española ha mejorado notablemente, e incluso ha ganado coste-efectividad, desde que se aprobaron los objetivos de la OMS de “Salud para todos en el año 2000”, pero tampoco hay ninguna duda de que el camino andado, aunque largo y en la dirección acertada, dista mucho de llegar a su fin.

Para que un sistema sanitario de un país se gestione de forma coste-efectiva es necesario asegurar que se cumplen muchos aspectos esenciales. Entre otros, quizás los más importantes serían la optimización del catálogo de prestaciones, de la práctica médica, de la gestión (macro, meso y micro) y de la distribución de los recursos económicos.

2. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

En cuanto a la distribución de recursos debemos decir que el proceso de transferencias sanitarias —que aún no ha finalizado— no se ha acompañado de un sistema de financiación acorde con las necesidades de las diferentes comunidades autónomas y, por lo tanto, no permite una gestión coste-efectiva de la sanidad por parte de las diferentes administraciones autonómicas. La inexistencia de un sistema de financiación claro y explícito hasta 1986, la infrapresupuestación como práctica habitual de financiación de los servicios sanitarios transferidos (durante el periodo 1985-1993 la desviación presupuestaria media del Insalud fue del 9,4% y realizó, además, 3 operaciones de saneamiento por valor de 1 billón de ptas.), algunos recortes injustificados (a partir de 1994 se estableció un nuevo sistema de financiación que representaba una desaceleración del ritmo de crecimiento del gasto de 4 puntos anuales respecto a la situación anterior a 1994, la base de partida según todas las comunidades autónomas sufría una insuficiencia de unos 200.000 millones de ptas. y se substrajeron del presupuesto acordado, primero 70.000 millones de ptas. y después 150.000 millones de ptas., por unas supuestas medidas de racionalización adoptadas en el contexto del Plan de Convergencia y que no surtieron los efectos esperados) y la variable “población protegida” como único determinante para la distribución de los recursos económicos hasta 1998, son factores que apoyan nuestra afirmación anterior.

No se puede pedir a los responsables sanitarios autonómicos que gestionen unos recursos limitados y, por lo tanto, que desarrollen ejercicios de priorización, cuando el sistema financiación de la sanidad transferida no contempla suficientemente las variables explicativas de gastos diferenciales, de una comunidad a otra, y cuando los presupuestos para la sanidad española son sistemáticamente insuficientes y, en consecuencia, no creíbles.

No es hasta 1998 que, además de la población protegida, se introducen otras variables de ajuste, como los centros de docencia e investigación y “los desplazados”, para la determinación del presupuesto sanitario a

transferir a las comunidades autónomas. Un paso adelante, pero que aún queda lejos de lo que sucede ya en otros países de nuestro entorno como Holanda, el Reino Unido, Alemania y Suiza, por citar sólo algunos ejemplos. En todos ellos las variables que se utilizan para la distribución territorial de los recursos económicos permiten un mejor ajuste de riesgos que en nuestro caso, en todos ellos, por ejemplo, la distribución etaria de la población es un factor importante y determinante en la distribución de los recursos, a diferencia de los que sucede en España.

3. POLÍTICA DE SUSTITUCIÓN

Una gestión coste-efectiva de los recursos implica también la necesidad de haber desarrollado una verdadera e intensa política de sustitución, que en el caso español no se ha efectuado con el mismo ímpetu que en otros países de nuestro entorno. De la combinación de tres elementos esenciales: el lugar donde se realiza la prestación (en casa del paciente, en el hospital —primario, secundario o terciario—, en los centros de crónicos, de convalecientes, etc.), el proceso tecnológico utilizado (cirugía ambulatoria, prevención, protección, farmacología, protocolos, etc.) y las habilidades requeridas (y por tanto el tipo de profesional: enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos generales, especialistas, etc.) se derivan todas las posibilidades de sustitución existentes en sanidad. La combinación de estos elementos (lugar, tecnología, habilidades/personas) es crucial para poder conseguir una relación coste-efectividad óptima. Se trata de sustituir unos recursos por otros, unas actividades por otras, haciendo “aquello que corresponde”, “donde corresponde” y por “quien corresponde”, buscando siempre la mejor relación coste-efectividad.

La realidad de la sanidad española demuestra que hemos mejorado también en este sentido, pero no hay duda de que podíamos haber mejorado mucho más. Una ejemplo de ello es el grado de implantación de la cirugía mayor ambulatoria. Mientras que en España únicamente se realiza con esta técnica menos del 30% del total de intervenciones posibles, la media de la Unión Europea es del 40% y en países como Holanda se sitúa en el 60%. Por otro lado, continúan produciéndose en nuestros hospitales gran cantidad de estancias e ingresos inadecuados. La gran mayoría de los análisis evidencian una proporción de utilización innecesaria en los servicios hospitalarios que varía entre un 30-40% de las estancias y un 15-30% de los ingresos. Muchas y variadas son las causas de este último aspecto, entre las cuales podríamos citar la falta de recursos alternativos a la hospitalización convencional, la permanencia de puntos negros en la gestión de los servicios centrales que retienen al paciente en los hospitales a la espera de una prueba diagnóstica o un quirófano libre, etc.

Es de destacar que nuestro sistema hospitalario ha realizado, recientemente, un esfuerzo por reconocer sus productos y orientar su gestión a la mejora de los procesos asistenciales. La extensión de los informes de alta, con su CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) ha facilitado esta orientación y, en consecuencia, mejores resultados medibles en términos de estancia media por proceso. No obstante, ha merecido muy poca atención la gestión de los productos intermedios hospitalarios, esto es, laboratorio, radiología, gestión de quirófanos y, en general, los denominados “servicios centrales”. A pesar de que suponen más del 40% del presupuesto del hospital, la escasa atención prestada a los mismos tiene como consecuencia que la estancia media global del sistema hospitalario se sitúa en los 8 días, muy lejos de los 5 días de los países escandinavos o del Reino Unido, por ejemplo. Esta escasa efectividad en la gestión de los servicios centrales nos hace suponer que existe una reserva latente significativa en estas unidades organizativas. Es decir, recursos consumidos que no aportan ningún valor en términos de ganancia sanitaria.

4. HOSPITALCENTRISMO

Nuestra sanidad sigue adoleciendo de la misma patología, prácticamente en los mismos términos, que cuando fueron formulados los objetivos de la OMS de Salud Para Todos en el año 2000. El 76% del total de empleos del sector sanitario están concentrados en los hospitales, mientras que la media de la Unión Europea se sitúa en el 57%. Se trata del fenómeno llamado “hospitalcentrismo”. Los recursos destinados a los hospitales siguen siendo desproporcionados con relación a los que se destinan a la atención primaria o a la atención sociosanitaria. El centro de gravedad no se ha desplazado hacia la atención primaria con la suficiente intensidad como sería deseable desde el punto de vista de la optimización de la relación coste-efectividad, y la atención sociosanitaria, a pesar de los índices de envejecimiento de nuestra población, se encuentra prácticamente sin desarrollar. Aquí también nos ha fallado la política de sustitución.

5. GASTO FARMACÉUTICO

Si los recursos económicos de que dispone la sanidad son limitados, lo que dedicamos en exceso a una prestación se produce en detrimento de las otras. Este es el caso del gasto farmacéutico, que en España

sigue siendo de los más altos de Europa. La falta de una política farmacéutica clara y acertada durante muchos años nos ha conducido a una situación en la que aún no existe un mercado de genéricos, a la existencia de uno de los vademécum más amplios, lleno de copias farmacológicas de diferentes precios, a la inexistencia hasta el día de hoy de la cláusula de economía sanitaria, que ya se aplica en otros países, como requisito previo a la financiación pública del nuevo fármaco que se pretende introducir en el mercado, y a otros muchos aspectos negativos que manifiestan su traducción en la existencia de un gasto farmacéutico que absorbe más del 20% del presupuesto sanitario público (cerca del 30% si contabilizamos el gasto de farmacia de los hospitales). Los incrementos experimentados en el gasto farmacéutico en España seguro que no se traducen en aumentos equivalentes de efectividad y, en todo caso, seguro que la misma efectividad hubiese podido ser alcanzada a un menor coste si hubiéramos desarrollado una política farmacéutica diferente. En este sentido es de destacar, también, que nuestro gasto farmacéutico per cápita es elevado, junto con un precio medio de los medicamentos que es uno de los más bajos de Europa. De ello se deduce fácilmente que el nivel de prescripción/consumo de medicamentos en nuestro país se sitúa muy por encima del de los otros países de nuestro entorno.

6. NUEVAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

Otro aspecto en el que la sanidad española ha avanzado poco es en la introducción de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. La sociedad de la información no se ha desarrollado, de momento, en el sistema sanitario como debería ser. Compartir información sobre la salud y/o utilización de servicios de una persona, entre distintos niveles asistenciales, es hoy mucho más una excepción que una realidad. Ni en el mercado existen suficientes productos de un nivel aceptable, ni desde el sector público se han definido los patrones requeridos para que la información pudiera compartirse.

7. PRIORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES

En último término, aumentar la relación coste-efectividad de la sanidad pasa por el desarrollo de ejercicios de priorización, no sólo implícitos —como hasta la fecha ha ocurrido en España— sino también explícitos. No todas las prestaciones del catálogo tienen la misma relación coste-efectividad, por lo que la priorización o la exclusión de algunas de ellas son absolutamente necesarias para que, con unos recursos económicos disponibles, y limitados, podamos aumentar la efectividad de las intervenciones sanitarias en conjunto. Priorización que no sólo debe afectar a las prestaciones existentes, sino también a las de nueva incorporación a la financiación pública. Priorizar en sanidad es un tema difícil y polémico, pero muy necesario. Otros países como Nueva Zelanda y Holanda, o el estado de Oregón en EEUU, han realizado ejercicios en este sentido y nosotros también los tendremos que hacer tarde o temprano.

Hemos repasado de una forma muy breve aquellos factores —quizás sólo algunos de los más importantes y más negativos— en los que es necesario avanzar más en aras de aumentar la relación coste-efectividad de nuestra sanidad. También hemos hablado de la necesidad de mejorar el sistema de financiación territorial de la sanidad y conseguir que la distribución de recursos sea más acorde con las necesidades de cada comunidad autónoma. Ello también constituye un requisito importante para poder aumentar la credibilidad presupuestaria e introducir mayores cuotas de responsabilidad en los poderes públicos en la gestión del binomio analizado.

Hemos obviado, no obstante, citar aquellos aspectos positivos que durante los últimos 15 años se han producido en la gestión de la sanidad española, que también existen y son muchos, por la brevedad exigida del texto y porque nuestra intención era resaltar aquellos puntos negros que permanecen en el sistema y que pueden ayudar a mejorarlo.